

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

364

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves GUÉZOU

né le 17 juin 1910, à Plouézec (Côtes-du-Nord).

**Contribution à l'étude
du
Pneumothorax spontané récidivant
non tuberculeux**

Président : M. A. CLERC, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves GUÉZOU

né le 17 juin 1910, à Plouézec (Côtes-du-Nord).

Contribution à l'étude
du

Pneumothorax spontané récidivant
non tuberculeux

Président : M. A. CLERC, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON ... Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÉRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance pour tous ses sacrifices.

A MES SŒURS

A MA FIANCÉE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Paris.
Officier de la Légion d'honneur

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, qu'il veuille bien accepter ici l'Hommage de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOREAU

Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux.

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a si aimablement aidé,
nous adressons nos sincères remer-
ciements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE

Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY
Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Dont nous fûmes d'externe.

A TOUS MES MAITRES DE L'ECOLE
DE MEDECINE DE RENNES
ET DE L'HOTEL-DIEU

A MESSIEURS HÉRY, PRIGENT, GRENIÉ
TESSIER, OUDOT, LAPLUME
Médecins et Chirurgiens de l'Hôpital de Saint-Brieuc.

où nous avons été deux ans interne.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Le pneumothorax est un accident connu depuis fort longtemps. Après sa découverte de l'auscultation, LAENNEC le signale, et beaucoup d'auteurs qui se sont occupés des maladies des voies respiratoires, après lui, en ont fait des descriptions magistrales qui sont restées classiques et auxquelles, aujourd'hui, au point de vue clinique, nous n'avons rien à ajouter.

Lorsque la radiographie a fait son apparition, nous avons eu un élément de diagnostic à peu près absolu, et les confusions qui auparavant étaient possibles, avec les grandes cavernes tuberculeuses par exemple, sont devenues très rares.

Depuis l'emploi de la radiologie pour le diagnostic dans les affections pulmonaires, des pneumothorax partiels ont été découverts, certains de ceux-ci ne se manifestant en clinique que par des signes trop vagues pour être affirmatifs, surtout lorsque l'on n'avait pas la notion d'autres lésions tuberculeuses sur le sujet ou dans ses antécédents.

Le pneumothorax fut en effet, au début, toujours considéré comme une complication de la tuberculose et ne survenant que dans des tuberculoses pulmonaires avancées.

Au début de notre siècle, on décrivait deux sortes de pneumothorax. Le pneumothorax spontané survenant comme complication d'une bacillose pulmonaire avancée, et le pneumothorax spontané que l'on ne pouvait rattacher à aucune maladie et que l'on nommait, le pneumothorax idiopathique bénin, appelé encore en Angleterre, où il paraissait assez fréquent, pneumothorax des conscrits.

Puis peu à peu en France surtout, on avait tendance à admettre l'origine unique du pneumothorax, et l'on enseignait et décrivait seulement le pneumothorax d'origine bacillaire.

Cette manière de voir trop absolue n'est plus aujourd'hui en faveur et depuis quelques années, on décrit avec preuves à l'appui des pneumothorax spontanés non tuberculeux.

Les travaux de M. BRULÉ, R. HUGUENIN, C. HILLEMAND et E. GILBRIN, V. CORDIER, Maurice GAUTHERON, LÉON GRUNENWALD, A. DEVERBIZIER, COURCOUX et LE REBOUILLET, etc... pour ne citer que quelques auteurs français que la question a intéressé, sont des arguments irréfutables.

Parmi ces pneumothorax non tuberculeux, il en est une curieuse variété, beaucoup plus rare celle-là et qui jusqu'à présent a été peu étudiée. C'est le pneumothorax spontané récidivant, qui apparaît brusquement chez un individu en bonne santé, guéri la plupart du temps sans intervention et récidive au bout d'un temps très variable une ou deux fois ou davantage :

Cette forme, que l'on retrouve environ dans 10 pour cent des cas de pneumothorax spontané, d'après NIKOLSKY a été étudiée par DUHOT LEVY; DOLEZAC et COLBERT, V. CORDIER, P. HILLEMONT, E. GILBRIN et J. PARFUS, I. DE SOUZE, LOPES.

La remarquable observation de DE VERBIZER DE TOULOUSE présentée par le Docteur AMEUILLE à la *Société de Médecine des Hôpitaux de Paris* le 23 novembre 1934, que nous reproduisons plus loin est caractéristique et constitue une rareté clinique.

Dans ce cas, le pneumothorax récidiva quatorze fois du même côté.

La récurrence se fait, en effet, en général du même côté que pour la première atteinte, mais quelques observations mentionnent également des récurrences alternantes, par exemple celle que S. GRAPENGIESSER rapporte dans l'*Acta Medica Scandinava de Stockolm*. Celle de H.-G. WOOD qui traite du « *Bilatéral spontanéus pneumothorax* » dans *Minnesota Medical de June* 1931.

Nous avons nous-mêmes recueilli deux observations inédites qui nous ont incité à faire ce modeste travail et à rechercher les cas intéressants déjà publiés.

L'une de ces observations que nous devons à l'amabilité du Docteur MOREAU de Bicêtre est l'histoire d'une femme jeune, dont le pneumothorax récidiva au bout de trois ans et qui guérie chaque fois sans intervention, récupéra une bonne santé.

L'autre, personnelle, recueillie dans le service du Docteur HÉRY à l'Hôpital de Saint-Brieuc où nous

étions interne, montre une récédive au bout de 4 mois chez un homme de 45 ans qui fut traité la première fois par une seule désinffluatlon de 1.200 cc. et qui guérit la seconde fois plus rapidement et cette fois sans intervention.

A la suite de ces deux observations typiques, nous en publierons une troisième due à l'obligeance du Docteur AMEUILLE de l'Hôpital Cochin, où il n'y a pas à proprement parler de récédive, mais qui est intéressante par le fait que, aussitôt après les désinsufflations le pneumothorax se reforme, et que, après des sections de brides effectuées par le docteur HIRNAULD, il y a une amélioration très nette.

Cette forme est une transition entre le pneumothorax spontané chronique et le pneumothorax spontané récédivant.

A la suite de ces observations inédites quelques anciennes déjà publiées, mais très intéressantes.

Une courte étude clinique sur le pneumothorax spontané récédivant, nous permettra de tirer quelques conclusions, sur l'étiologie, la pathogénie et la conduite à tenir en présence d'un cas de ce genre.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS INEDITES

OBSERVATION I

Madame M..., 25 ans, vient du service de chirurgie (où elle a subi un curettage pour une fausse couche), dans le service du Docteur MOREAU, à Bicêtre, salle Cullerier, le 19 septembre 1935 pour un point de côté très violent sous le mamelon gauche. Elle présente en plus une dyspnée modérée, une petite toux sèche, une expectoration peu abondante.

Il y a 3 ans après une période de dépression de quelques mois, la malade fit un pneumothorax spontané à gauche, qui se caractérisa au début par des symptômes fonctionnels analogues. Douleur thoracique très vive, toux, expectoration. Puis, la douleur se calma un peu et la malade put continuer son travail.

Mais dans les jours qui suivirent, le point de côté reprit, et la dyspnée augmenta à un tel point que la malade dut interrompre ses occupations. Elle put cependant se rendre à pied à l'Hôtel-Dieu où on la fit hospitaliser.

Une radiographie faite à ce moment décela la présence d'un pneumothorax gauche et montra un poumon droit indemne de toute lésion, à gauche également à part le pneumothorax le poumon n'avait rien.

Des examens de crachats, répétés, ne montrèrent jamais la présence de bacilles de Koch.

Le pneumothorax resta pur semble-t-il et en tout cas ne nécessita jamais de ponction ou de désinsufflation. Il se résorba progressivement.

La malade sortit guérie environ un mois après son entrée à l'Hôtel-Dieu mais resta assez faible pendant longtemps.

Des examens de crachats, et des radiographies pratiqués tous les six mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu sont toujours restés négatifs.

Notre malade, a donc fait à cette époque un pneumothorax spontané, pur, localisé à symptomatologie assez fruste, tout en conservant un état général assez satisfaisant, sans faire de température et sans évolution de tuberculose pulmonaire.

C'était un pneumothorax spontané, non tuberculeux.

Dans ses autres antécédents, rien de particulier, sa mère est vivante et bien portante, son père est décédé d'urémie.

Elle a une sœur qui a fait une pleurésie.

Dans son entourage, personne ne tousse ni ne crache.

L'examen de la malade nous montre une femme jeune, un peu pâle et amaigrie, un peu nerveuse et très impressionnable.

Les mouvements du thorax sont normaux, mais la malade ne fait pas d'inspirations profondes car elles sont douloureuses.

Il y a du tympanisme très net en arrière à gauche au niveau de la pointe de l'omoplate, et à la partie moyenne de la ligne axillaire.

En avant du skodisme sous la clavicule, à l'auscultation, diminution très marquée du murmure vésiculaire, dans l'aire de tympanisme. La voix haute y prend un timbre métallique. Il n'existe ni bruits amphoriques, ni tintement métallique.

La pointe du cœur est déplacée vers la droite de trois centimètres environ.

Il n'y a pas d'autres signes thoraciques, ni à droite, ni à gauche. Pas de ganglions.

Au point de vue digestif, une légère anorexie, une langue saburrale, un peu de pesanteur gastrique après les repas.

Au point de vue nerveux, les réflexes sont vifs, la malade a un tic, elle cligne très fréquemment les paupières.

Les urines sont normales.

La tension artérielle est de 10-6 au Vaquez.

La recherche de Bacilles de Koch dans les crachats est toujours restée négative.

Une radiographie faite le 24 septembre 1935 montre un pneumothorax partiel au niveau de la pointe de l'omoplate gauche, de la grosseur d'une orange environ, mais plus ovale.

Il n'y a aucune trace de liquide, aucune trace d'infiltration pulmonaire ni à droite, ni à gauche.

Le 21 octobre, le pneumothorax est moins important.

Le 30 octobre, il n'est plus visible.

La malade quitte l'hospice de Bicêtre quelques jours après complètement guérie.

A aucun moment de la maladie, nous n'avons pu conclure à une poussée évolutive tuberculeuse.

En effet, ni les signes cliniques ou radiologiques, ni la température qui est normale, ni l'amaigrissement ou l'anémie qui n'existent pas n'ont plaidé en cette faveur.

Il ne s'agit pas non plus d'une séquelle du pneumothorax d'il y a cinq ans, car la guérison de celui-ci a été constatée, cliniquement et radiologiquement avant sa sortie de l'Hôtel-Dieu. D'autre part, la malade a été suivie pendant longtemps après sa sortie de l'Hôtel-Dieu et rien n'est venu modifier son état.

Nous sommes donc en présence ici d'une récurrence de pneumothorax chez une femme qui n'a jamais présenté de signes de bacillose pulmonaire.

OBSERVATION II (personnelle).

Le 15 novembre 1934, entre dans le service du Docteur HÉRY, à l'Hôpital de Saint-Brieuc, où nous étions interne, salle Saint-Jean, M. P..., 45 ans, cultivateur.

Le 8 novembre, M. P... fut brusquement pris d'un point de côté sous le mamelon gauche, pendant la nuit. La dyspnée à ce moment était peu intense, mais interdisait au malade tout effort violent. Au bout de quelques jours voyant que son état ne s'améliorait pas, il va trouver son médecin qui l'envoie à l'Hôpital avec le diagnostic de pneumothorax.

Dans les antécédents du malade, rien de particulier à signaler. Il n'a jamais été malade, il a fait toute la guerre sans être indisposé. Les parents sont vivants et bien portants, âgés respectivement de 75 et 80 ans. Il a deux frères et une sœur en excellente santé.

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme très solide, sanguin, qui est un peu dyspnéique, 30 inspirations par minute, le pouls est à 90 et la température oscille entre 37° et 38°.

L'Hémithorax gauche est immobile.

A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire dans tout l'Hémithorax gauche et résonnance de la voix.

La sonorité est exagérée.

La pointe du cœur est déviée de 3 à 4 cm.

Ce sont les seuls signes.

La radiographie montre un pneumothorax total à gauche. l'absence de liquide et une adhérence au sommet.

Le poumon droit est indemne de toute lésion.

Le médiastin est refoulé vers la droite.

Pendant quelques jours, l'état reste stationnaire. Il n'y a pas de B. K. dans les crachats.

Le 25 novembre, le malade est de plus en plus essoufflé et sur ses instances on lui fait une ponction et on retire 1.200 cc. d'air, la pression à l'appareil de Küss était avant l'intervention de + 2; après l'intervention — 4. Le malade est immédiatement soulagé et jusqu'au 20 décembre où il reste dans le service, il n'est plus gêné. A ce moment, il demande à sortir. Une radioscopie montre que le poumon est revenu à la paroi, et que le cœur a repris sa position normale.

Le malade quitte l'Hôpital en très bonne santé et ne souffre plus de nulle part.

A partir de ce moment, nous n'entendons plus parler de notre malade jusqu'au 3 avril 1935. Il rentre à l'Hôpital pour la même raison.

Douleur intense, sous le mamelon gauche, dyspnée, toux et expectoration mousseuse.

L'examen clinique et radiologique montre un pneumothorax total à gauche, sans liquide.

L'autre poumon est sans lésions.

Il n'y a pas de Bacille dans les crachats.

La dyspnée est moins importante.

Cette fois il n'a pas été fait de ponction et la guérison est survenue au bout d'un mois environ.

Le 10 mai après radiographie montrant que le poumon rejoint la paroi, le malade quitte l'Hôpital.

Depuis ce moment nous n'avons pas eu de nouvelles de notre malade, ayant nous-même quitté l'hôpital de Saint-Brieuc.

Cependant, nous savons qu'il ne s'y est pas fait hospitaliser depuis notre départ.

OBSERVATION III

Le 3 mai 1934, entre dans le service du Dr AMEUILLE, à Cochin, salle Woillez, Mme S... Y., 22 ans. Elle vient du dispensaire parce que depuis environ 12 jours, elle ressent une douleur peu intense mais progressive dans le côté droit, elle est fatiguée, tousse un peu et crache.

Il n'y a rien d'intéressant dans ses antécédents pulmonaires. C'est une femme qui habite Paris depuis un an seulement. Auparavant, elle a toujours vécu à la campagne.

L'examen montre une femme peu dyspnéique, 24 inspirations par minute. L'Hémithorax droit est immobile. Le poulx à 90° et la température depuis plusieurs jours, oscille entre 37° et 38°. A droite abolition du murmure vésiculaire. Tympanisme et souffle amphorique, on conclut à un pneumothorax droit spontané.

La radio confirme et montre un pneumothorax total droit, avec refoulement du médiastin, absence de liquide, et un poumon gauche indemne de toutes lésions.

Les examens de crachats n'ont jamais révélé la présence de bacille de Koch.

A plusieurs reprises, on lui retire une certaine quantité d'air de la plèvre, mais, au bout de peu de temps, la pression redevient ce qu'elle était avant l'intervention.

Le 18 octobre et le 15 novembre 1934, après pleuroscopie,

le Docteur HINAULT pratique des sections de brides et il en résulte une amélioration notable, une radiographie pratiquée le 21 novembre montre un pneumothorax très diminué.

Notre malade quitte l'Hôpital le 1^{er} décembre 1934 avec un état général très satisfaisant, et sans dyspnée.

Le 11 février 1935, elle rentre dans le service pour grippe. Une radio pratiquée à ce moment, montre un pneumothorax généralisé à droite exactement comme à son entrée le 3 mai 1934.

De nouveaux examens de crachats sont restés négatifs.

L'état général reste très bon, la malade augmente de poids et passe de 59 à 62 kgs.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS DEJA PUBLIEES

OBSERVATION IV (résumée).

M. A. de VERBIZIER (de Toulouse).

Mme M. Trente ans, sans antécédents intéressants.

Le premier pneumothorax en date et qui est, d'ailleurs une découverte radiologique est du 10 octobre 1925.

La malade aurait été prise dans la nuit du 7 septembre précédant d'une vive douleur dans le côté gauche et d'une oppression assez marquée. Depuis ce moment, décubitus latéral droit. Pouls : 120, température 37°5. L'examen clinique ne révèle qu'une sonorité exagérée et une abolition du murmure vésiculaire à gauche. Une radiographie montre un pneumothorax gauche total, avec une cuillerée de liquide dans le sinus. Léger refoulement du médiastin. Nouvelle radioscopie le 24 octobre. Résorption presque totale du gaz, à peine de liquide dans le sinus. Troisième radioscopie le 12 novembre. Résorption totale du liquide et du gaz. Le champ pulmonaire gauche en pleine réexpansion ne montre aucune image suspecte. Le temps de résorption peut être fixé à un mois et demi environ. Récupération d'une santé normale.

Le 26 janvier 1926, installation brusque d'un deuxième pneumothorax à début peu bruyant à la suite d'un éternuement. Mêmes symptômes que pour le premier accident et nous nous contentons d'une surveillance clinique active prête à parer à toute éventualité.

Le 20 février, sur les instances de la malade fatiguée par

son séjour au lit, en décubitus droit, nous nous décidons à intervenir. Aux rayons, pneumothorax total absolument sec. Léger refoulement du médiastin. Pression de la poche — 4. Soustraction de 500 cc. de gaz qui ramène la pression à — 6 à l'appareil de Küss. Le soulagement est immédiat et, huit jours après la résorption du gaz est totale et la malade récupère une santé parfaite. Cette fois le temps de résorption, accéléré semble-t-il par la ponction, peut s'établir à un mois environ.

Le 25 mars 1926, troisième pneumothorax installé à bas bruit. Le mari de la malade, universitaire distingué à qui nous avons appris sur sa malade, l'auscultation de la poitrine, a fait lui-même le diagnostic par la triade symptomatique habituelle. Pouls : 120, oppression en décubitus droit et abolition de la respiration à gauche. Ce diagnostic est confirmé le lendemain à l'écran. Pneumo total sec et refoulement modéré du médiastin. Le 15 avril, ponction pleurale; pression initiale positive à + 2. Soustraction de 600 cc. de gaz et pression terminale à — 4. Soulagement immédiat et résorption totale de la poche, 25 jours après le début du pneumothorax.

Depuis ce moment, jusqu'en juillet 1930, la malade a présenté onze pneumothorax spontanés, toujours à gauche, qui sont sans histoire clinique spéciale, tellement ils ressemblent aux trois premiers que nous venons de rapporter en détail. Ils se sont succédé à la cadence de trois par année environ, séparés par des intervalles de santé parfaite. Jamais nous n'avons eu à intervenir par ponction. Le temps de résorption nous a paru plus court que pour les premiers accidents. Nous avons vu, à cette époque s'installer chez la malade, un état mental très particulier, une véritable phobie de pneumothorax, la crainte constante de le voir survenir n'importe où, hors de chez elle, au cours de ses occupations ou de ses visites, au point qu'elle ne sortait plus qu'avec la plus grande circonspection et que s'installait peu à peu une véritable neurasthénie pleurale.

Depuis le mois de juillet 1930, le charme est rompu et jamais nous n'avons observé le moindre accident. L'état général est excellent et, l'équilibre psychique s'étant rétabli, la malade jouit enfin d'une santé parfaite.

OBSERVATION V

(MM. P. HILLEMAND, E. GILBRIN, J. PARFUS.)

M. P..., trente-neuf ans, à la suite de fatigue et de surmenage, a été pris brusquement le 31 mai 1926 à l'occasion de son lever, d'un point de côté thoracique atroce, avec dyspnée violente. Le diagnostic de pneumothorax spontané droit n'a été porté que quelques jours plus tard, et vérifié radiologiquement à plusieurs reprises. L'évolution de cet accident a été favorable. Le 1^{er} août 1926, sans avoir eu aucune élévation thermique, le pneumothorax est résorbé en partie. La guérison complète, vérifiée radiologiquement, est notée au début de septembre de la même année.

De 1926 à 1932, M. P... mène une vie extrêmement active, sans le moindre accident pathologique. Inquiet sur l'état de son poumon, il se fait examiner et radiographier à plusieurs reprises.

Tous les examens sont négatifs. Même en février 1932, ayant signalé dans ses antécédents une pleurite, au cours d'une visite médicale pour assurance-vie, il est vu spécialement au point de vue pulmonaire, et son assurance lui est accordée.

Six jours plus tard, le 1^{er} mars 1932, il est réveillé en pleine nuit par une douleur thoracique des plus vives. Le lendemain, l'un de nous constate un pneumothorax droit avec tympanisme, abolition du murmure vésiculaire, souffle amphorique et tintement métallique. Une radiographie de contrôle confirme le diagnostic et montre un pneumothorax total droit avec déviation du médiastin. Il n'existe pas de température, mais de la dyspnée d'effort.

Au bout de plusieurs semaines, l'état restant stationnaire, nous le montrons au Docteur AMEUILLE. Le médiastin est toujours dévié, la pression intra-pleurale est + 10. Le Dr AMEUILLE pratique aussitôt, sous le contrôle radioscopique une ponction évacuatrice de 1.200 cc. d'air. La malade se sent mieux. Mais peu à peu la dyspnée d'effort réapparaît.

Un mois plus tard un deuxième examen radiologique montre à nouveau un déplacement du médiastin. Il existe en outre quelques gouttes de liquide dans le cul de sac.

Une deuxième ponction évacuatrice retire 2.500 cc. de gaz; à l'écran, on voit le moignon pulmonaire se distendre et remplir partiellement l'hémithorax mais, dans la nuit, la dyspnée augmente progressivement et le lendemain de la ponction sur un nouveau cliché, on constate que le poumon est rétracté et que le médiastin est de nouveau déplacé.

Le malade part à la campagne. Le 23 novembre, soit neuf mois après seulement, un cliché montre pour la première fois, une résorption partielle de l'épanchement gazeux. En janvier 1933, le poumon est revenu à la paroi. L'Hémithorax droit est rétracté. Le sinus phréno-cardiaque est comblé. De plus, on constate une trainée opaque allant du creux axillaire au hile.

Le petit niveau liquide observé a persisté pendant toute l'évolution du pneumothorax.

Depuis 1932, le malade a repris son activité. Son poids a augmenté de 4 kilogrammes.

Un cliché récent montre une image pulmonaire normale.

OBSERVATION VI (Résumée).

(ROUBIER et GAUTHERON).

Il s'agit d'un malade de 56 ans qui entre dans le service le 27 février 1928 avec le diagnostic de pneumothorax spontané, posé par un dispensaire. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents sauf qu'il a perdu 8 frères et sœurs morts en bas âge, d'affections inconnues.

Lui-même a joui d'une excellente santé jusqu'en 1916.

A ce moment, étant prisonnier en Allemagne, il a présenté un point de côté assez violent au niveau de l'hémithorax gauche accompagné d'une dyspnée vive.

Il fut hospitalisé à Stuttgart pendant un mois, puis rejoignit un camp de concentration.

Depuis cet incident, il garde de la dyspnée d'effort pour les travaux pénibles, mais son état général reste bon.

Le 4 février 1928, brusquement, le malade ressent un violent point de côté au niveau de l'aisselle gauche.

Il peut cependant achever une course qu'il faisait avant de rentrer chez lui. Le soir, il présente une petite hémoptysie; mais la dyspnée est légère. Ce n'est que trois semaines plus tard qu'il entre à l'hôpital.

On se trouve en présence d'un sujet robuste non amaigri, peu dyspnéique et qui n'a pas de fièvre.

L'examen clinique révèle l'existence d'un pneumothorax gauche total.

En effet, sur toute la hauteur de l'hémithorax gauche, il existe du tympanisme, de l'obscurité respiratoire, les vibrations vocales sont complètement abolies.

Mais il n'y a pas de souffle amphorique, pas de tintement métallique. Le bruit d'airain de TROUSSEAU n'existe pas, on ne perçoit pas de succussion hippocratique.

L'examen radioscopique confirme le diagnostic et montre l'existence d'un pneumothorax gauche total, sans épanchement liquidien, le poumon est refoulé contre le médiastin et son bord externe est parfaitement visible. Le décollement est à peu près total, il existe cependant une petite adhérence au sommet.

L'examen des crachats pratiqué 4 fois n'a jamais révélé la présence de Bacilles de Koch.

Le malade quitte le service en juin 1928 et a pu facilement reprendre son service assez pénible.

Il a été revu ensuite à plusieurs reprises notamment le 30 novembre 1928, le 20 mars 1929, en juin 1929, puis régulièrement tous les quatre ou cinq mois jusqu'en juin 1934.

Les signes radiologiques et cliniques sont restés sensiblement les mêmes. Jamais on n'a constaté d'épanchement liquidien.

Ces auteurs affirment avec juste raison que ce pneumothorax est resté pur et total pendant 6 ans et pensent qu'il s'est constitué en 1916 et qu'il est resté latent jusqu'en 1928.

Il est aussi rationnel de penser qu'en 1916, le malade a probablement fait un pneumothorax spontané,

qu'il a guéri et qu'en 1928, ce pneumothorax a récidivé. Car autrement, comment expliquer, la douleur, la dyspnée qui se sont manifestées en 1928 exactement comme en 1916.

Nous pensons donc qu'il s'agit comme dans les observations précédentes d'un pneumothorax spontané récidivant non tuberculeux et c'est pourquoi nous avons joint cette observation aux précédentes.

OBSERVATION VII (Résumée).

S. GRAPENGIESSER rapporte dans l'Acta Medica Scandinavica de Stockholm 16 cas de pneumothorax spontanés alternant, auxquels il ajoute une observation personnelle.

Il s'agit d'un ouvrier de 36 ans qui présenta d'abord un pneumothorax spontané droit après un léger travail, qui dura 6 semaines. Il fut suivi un an après à la suite d'un travail peu fatigant d'un pneumothorax gauche total qui persista deux mois. Le retour à la santé fut parfait.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Le pneumothorax spontané, non tuberculeux, débute toujours d'une façon assez dramatique, qu'il doive récidiver ou non. Un individu en bonne santé, n'ayant en général rien dans ses antécédents qui puisse faire prévoir ou comprendre l'accident, est pris brusquement d'un point de côté d'intensité variable, souvent accompagné de dyspnée. Cependant, ce cortège symptomatique, qui n'est pas sans analogie avec le début d'une affection aiguë comme la pneumonie par exemple, frissons et température mis à part, n'est pas toujours aussi net.

Le point de côté n'est pas toujours aussi intense et très souvent ce n'est qu'une sensation de gêne qui va en augmentant ou au contraire s'atténue très rapidement. La dyspnée est très variable aussi, et le plus souvent, les individus qui sont atteints en plein travail, achèvent ce qu'ils ont commencé et nous les voyons tous venir à pied à l'Hôpital presque jamais le premier jour, mais au bout de trois, quatre, quinze jours, ou même davantage.

Dans les antécédents de nos malades, nous n'avons jamais relevé de maladies graves, pas de tuberculose

soit pulmonaire, ganglionnaire ou osseuse, pas de lésions d'emphysème, ni de lésions cardiaques.

V. CORDIER, sur onze cas de pneumothorax étudiés, relève dans leurs antécédents, des stigmates de spécificité, soit chez les parents des malades, de première ou deuxième génération, soit dans leurs antécédents personnels.

Quoiqu'il en soit, les malades que nous avons étudiés et la plupart des malades étudiés par les différents auteurs, n'ont dans leurs antécédents rien qui permette de rattacher l'accident du pneumothorax à une maladie antérieure et d'en faire une complication plus ou moins tardive. Nous avons affaire à des individus en très bonne santé et dont le pneumothorax constitue le premier accident et souvent le seul.

Les malades qui ont pu être suivis après leur guérison, n'ont pas montré une prédisposition aux maladies de l'appareil pulmonaire et l'on peut dire que le pneumothorax n'a laissé aucune trace.

Dans les sept observations que nous avons réunies, nous remarquons que dans quatre des cas, le pneumothorax s'est formé à gauche et à récidivé toujours du même côté.

Dans deux cas, le pneumothorax s'est formé et, a récidivé à droite.

Enfin, dans le dernier cas, le pneumothorax s'est formé à droite et à récidivé à gauche.

De même dans les cas étudiés par les différents auteurs qui se sont intéressés, non pas à la forme récidivante, mais à la forme chronique du pneumo-

thorax, nous retrouvons cette proportion plus grande, de pneumothorax à gauche qu'à droite, sans d'ailleurs pouvoir expliquer pourquoi cette prédilection pour le côté gauche.

Le pneumothorax qui s'est installé ainsi, brusquement, sans prodromes, se caractérise en clinique par les caractères suivants :

L'interrogatoire nous a déjà mis sur la voie du diagnostic et le point de côté et la dyspnée sans température sont des signes de grande valeur.

A l'inspection, on constate que le thorax est dilaté, immobile du côté malade, que les espaces intercostaux ne sont plus déprimés à chaque inspiration.

A la percussion, la sonorité thoracique est exagérée et de plus le son obtenu affecte un caractère musical, connu sous le nom de tympanisme.

Dans le pneumothorax droit on peut constater la disparition de la matité hépatique, mais il est très rare de constater le bruit d'airain de Trousseau. D'autre part, dans le pneumothorax partiel ces signes sont très atténués, parfois complètement absents.

A la palpation, on constate la disparition des vibrations vocales et la diminution de la mobilité thoracique.

A l'auscultation, le signe le plus constant est la diminution du murmure vésiculaire et ce signe ajouté à la dyspnée, au point de côté et à l'absence de fièvre, est suffisant pour porter le diagnostic.

Les autres signes du pneumothorax s'entendent

quelquefois. Ainsi le souffle amphorique, le tintement métallique, écho argentin, etc...

La succession hippocratique ne s'entend pratiquement jamais, car dans les cas très rares où il y a du liquide, il est en si petite quantité que sa présence ne donne pas lieu au « gloglou » caractéristique de la bouteille à demi remplie décrit par Ambroise PARÉ.

Ajoutons que dans les cas où il y a du liquide, celui-ci se traduit encore par de la matité à la base.

L'auscultation permet aussi de constater que le maximum des bruits du cœur est dévié et ceci est particulièrement net dans le pneumothorax total gauche où les bruits du cœur peuvent être entendus au maximum à droite du sternum.

Cette déviation de la pointe du cœur est également un excellent signe.

La radiographie ou la radioscopie apportent un nouvel élément de diagnostic que l'on peut dire presque pathognomonique. C'est cette découverte qui a permis de poursuivre avec tant de succès l'étude des maladies pulmonaires et en particulier de la tuberculose et du pneumothorax.

L'image radiologique montre suivant le degré de collapsus une zone plus claire le long du gril costal, l'opacité augmentée du poumon collabé et les variations de positions du cœur. La présence du liquide, s'il existe, apparaît comme un bocal de verre à moitié plein d'encre. Sous forme de deux zones superposées; l'une supérieure, très claire, correspond à l'air qui emplit la cavité pleurale, l'autre inférieure

très sombre, traduit l'opacité de l'épanchement liquide accumulé à sa partie la plus déclive.

La ligne de séparation est rigoureusement horizontale. Elle demeure telle et contraste avec le changement de direction des côtés quand le malade s'incline à gauche ou à droite.

La ponction exploratrice ramène des gaz et permet d'en mesurer la pression à l'appareil de Küss. Celle-ci est en général positive, mais peut être aussi négative (plus rarement). A mesure que le pneumothorax vieillit, c'est-à-dire se rapproche de la guérison, la pression diminue. Tout ce qui a déjà été dit à propos du diagnostic du pneumothorax peut trouver sa place ici.

Il y a des pneumothorax latents ne se manifestant par aucun symptôme fonctionnel, ce qui s'explique par la lenteur de la pénétration de l'air dans la plèvre, mais présentant toutefois les signes physiques caractéristiques.

D'autre part, il existe des pneumothorax muets dans lesquels les signes physiques manquent. Le diagnostic différentiel le plus intéressant est celui à faire avec les cavernes pulmonaires, qui s'en distinguent par la matité ou le bruit de pot fêlé, leur siège au sommet du poumon, la rétraction de la paroi thoracique à leur niveau, l'absence de tintement métallique. Il est d'ailleurs quelquefois difficile de distinguer une grande caverne d'un pneumothorax limité. L'apparition brusque des signes physiques et fonctionnels est évidemment en faveur du pneumothorax.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous rejettons d'emblée avec ALBRECHT et GAILLIARD l'origine tuberculeuse de cette variété de pneumothorax. Dans aucune des observations publiées, aucune trace de tuberculose. Pas de bacilles de Koch dans les analyses répétées de crachats. L'image pulmonaire de l'autre poulmon est indemne de lésions, il n'y a pas de température et toujours l'état général est très satisfaisant et l'évolution ultérieure n'a jamais montré de trace de tuberculose.

La cessation brusque des accidents est encore en faveur d'une origine non tuberculeuse, on a pu objecter que nos moyens d'investigations sont insuffisants lorsqu'il s'agit d'une lésion minime telle la présence de tubercules sous-pleural. Dans ces cas, en effet, les signes sthétoscopiques ou radiologiques sont nuls.

Si petite que soit la lésion, elle contient des bacilles, si c'est une lésion tuberculeuse en évolution. Ces bacilles, au voisinage immédiat de la cavité pleurale, devraient logiquement l'infecter, or ceci n'est jamais arrivé.

Il n'est pas impossible qu'avant la formation du pneumothorax, ces lésions minimales soient des lésions bacillaires, dues à une atteinte très légère, comme en ont subi presque tous les individus dans leur jeune âge, mais ces lésions ont guéri, et nous insistons sur ce point. Elles ont pu laisser comme séquelles des

adhérences pleurales, qui, elles, pourront jouer un rôle dans la formation des pneumothorax. Mais est-ce suffisant pour pouvoir affirmer l'origine tuberculeuse du pneumothorax ? non sans doute, car il y existe plusieurs façons de formations d'adhérences pleurales, tous les bacilles peuvent atteindre ce but qu'ils soient tuberculeux ou non. Tous traumatismes, fussent-ils minimes, également.

Après cette théorie de l'origine tuberculeuse une autre a séduit bien des auteurs, celle de l'origine syphilitique.

M. V. CORDIER rappelle dans une communication à la *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon* onze cas de pneumothorax spontanés non tuberculeux et insiste en particulier sur leur forme récidivante, dans lesquelles les examens divers et le recul du temps ont permis d'éliminer complètement la tuberculose, et orienté l'auteur vers la recherche de la syphilis.

Sept de ces malades étaient des hérédosyphilitiques de première ou deuxième génération; chez deux d'entre eux, les réactions humorales ont été positives, chez deux autres un traitement spécifique a interrompu une série de fausses couches et a abouti à des naissances normales.

Chez l'un, un lipiodol a révélé une broncheectasie silencieuse. Chez un autre enfin, mort de diabète, une nécropsie, cinq ans après l'époque du pneumothorax a montré des lésions de pachybronchite et un lobe inférieur ficelé.

Chez quatre autres, aucun stigmate ne fut en

vérité découvert. Toutefois, un sujet qui en était à sa quatrième rupture n'en a plus présenté à la suite du traitement.

On a pensé également que la production du pneumothorax pouvait être due à la rupture d'une vésicule emphysémateuse au niveau de la plèvre, mais dans ce cas, on doit admettre que le sujet est atteint d'emphysème pulmonaire généralisé, ce qui n'est pas le cas chez aucun de nos malades.

La notion du traumatisme et d'un effort brutal ne doit pas être éliminé d'emblée et il est très probable que dans certains cas la déchirure sous l'influence de l'effort de l'une de ces adhérences très fines dont nous avons déjà parlé joue un rôle dans la production du pneumothorax. Le repos permettant la cicatrice de cette blessure permet la guérison.

La récidive s'expliquerait par la réouverture de la fistule ainsi créée.

Il est possible également qu'un corps étranger pulmonaire, introduit par inhalation ou fausse déglutition, et qui, arrive jusqu'à la surface du poumon, joue un rôle dans la production du pneumothorax. Ceci peut être la cause de certains pneumothorax chez des sujets atteints d'anthracose pulmonaire.

Les nécropsies manquant dans presque tous les cas, cette hypothèse est très difficile à prouver, mais ne doit pas être rejetée d'emblée.

Pour COHEN et BRUMER, le pneumothorax résulterait de l'existence d'adhérences pleurales provoquant

la formation de bulles extrêmement fragiles au niveau de leurs insertions.

PRADAL et MAZZEI en s'appuyant sur des résultats anatomiques, reconnaissent comme cause de certains pneumothorax, un état particulier vésiculaire du poumon et ils donnent à ces vésicules le nom de bulles ampullaires sous-pleurales.

Cet argument anatomique constitue une nouvelle preuve contre l'origine tuberculeuse du pneumothorax récidivant.

Nous nous rangerons volontiers à l'avis de CAHN, BRUNSER, PRADAL et MAZZEI et nous pensons que ce pneumothorax est la conséquence de la rupture de ces vésicules spéciales sous l'influence de tiraillements d'adhérences, provoqués par des efforts, quelquefois importants, mais presque toujours inappréciables. Et que même, les mouvements de va-et-vient des deux plèvres sont suffisants pour en provoquer la rupture.

La pathogénie soulève quelques problèmes; on peut se demander s'il s'agit de la réouverture d'une fistule temporairement oblitérée ou de l'existence de fistules successives.

Si les récidives sont très rapprochées, on peut admettre avec LEOBARDY l'hypothèse de la fistule initiale réouverte; c'est ce qui est probablement arrivé dans le cas du sujet observé dans le service du Docteur AMEUILLE et à qui le Docteur HINAULT fit des sections de brides.

Ceci ne serait pas à proprement parler une réci-

dive comme nous le mentionnions plus haut, mais une sorte de pneumothorax chronique dont le pneumothorax récidivant n'est qu'une variante.

Il est plus logique d'admettre que lorsque l'intervalle entre les récurrences est plus long (et là-dessus nous sommes de l'avis du Professeur LEREBoullet) il s'agit de fistules multiples successives.

La meilleure preuve est pour ceci les cas de pneumothorax où la récurrence a lieu tantôt d'un côté, tantôt de l'autre comme dans le cas signalé par S. GRAPENGISSER de Stockholm, le cas signalé par CETRANGOLO et FERRARI dans la *Sema Médical* du 22 octobre 1931, celui de Léon GRUNENWALD qui traite dans *Strasbourg Médical* du 5 août 1933 du Pneumothorax spontané bilatéral, etc...

Nous nous rangeons donc de l'avis du professeur LEREBoullet et pensons que presque toujours il s'agit de fistules successives. Ces fistules ayant la même cause que la première, c'est-à-dire, la rupture des bulles ampullaires sous-pleurales.

LE PRONOSTIC

Le pronostic est essentiellement bénin, ce pneumothorax se résorbe en quelques semaines et disparaît sans laisser de traces. Les signes fonctionnels disparaissent les premiers et les signes physiques ne per-

sistent un peu plus longtemps que lorsqu'il y a eu un peu de liquide, ce qui, nous l'avons vu, constitue l'exception.

Le malade récupère en général une santé parfaite, cependant il est possible que, après la disparition des signes physiques et fonctionnels, il persiste pendant un moment une asthénie assez marquée, mais ceci ne dure pas, et presque toujours nous avons vu les malades reprendre leur travail aussitôt après la sortie de l'Hôpital.

Cette asthénie est en rapport probablement avec l'hypotension passagère que l'on constate souvent.

La récurrence est la règle.

Le pronostic est quelquefois assombri par l'état mental spécial qui peut s'établir lorsque le nombre des récurrences est très grand. C'est ce qui est arrivé pour la malade de DE VERBEZIER dont le pneumothorax a récidivé quatorze fois. Il s'est alors produit une phobie du pneumothorax qui aurait pu aboutir à une issue fâcheuse si la malade n'avait été bien surveillée.

Mais, même dans ce cas, après la dernière récurrence, la santé est redevenue parfaite et ces accidents n'ont laissé d'autre trace qu'un mauvais souvenir.

En résumé donc, toujours guérison parfaite et pronostic bénin, ce qui a permis de lui donner le nom de « Pneumothorax idiopathique bénin récidivant ».

LE TRAITEMENT

Nous avons vu que la plupart du temps le pneumothorax guérit sans intervention.

Dans quelques cas, la dyspnée augmentant, et presque toujours sur demande du malade on a dû pratiquer quelques désinsufflations. Cette désinsufflation utile pour la première atteinte n'a pas été obligatoire pour les récidives et réciproquement.

Les opiacés seront utiles pour lutter contre la douleur ou l'insomnie et chez certains malades très sensibles et particulièrement si un cas de ce genre se produit en clientèle.

Quelquefois, il sera bon de donner des tonocardiaques et dans tous les cas une surveillance journalière du cœur doit être instituée.

D'autre part, pour lutter contre l'asthénie qui souvent s'installe après la guérison, il sera bon pendant toute la durée du pneumothorax et même après guérison de donner à son malade, de la strychnine et de l'arsenic à très faible dose. C'est d'ailleurs ce qui a été fait dans le service du Docteur MOREAU pour la malade N° I.

Nous avons vu que dans certains cas on pouvait penser à l'origine syphilitique du pneumothorax, on pourra donc faire un traitement d'épreuve. Mais si l'on n'obtient pas le résultat assez rapide, il vaudra mieux ne pas insister.

Naturellement, dans tous les cas où l'un relèvera dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade des traces de syphilis, on instituera un traitement spécifique intense.

Il semble que les meilleurs résultats aient été obtenus par les arsenicaux intraveineux et par le mercure.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

De la courte étude que nous venons de faire sur le pneumothorax spontané récidivant non tuberculeux, il résulte que :

1°) Cette variété de pneumothorax n'est pas une rareté clinique, mais qu'elle doit être recherchée avec soin. Un interrogatoire très serré permettra de mettre en évidence dans les antécédents de certains malades décrits comme atteints de pneumothorax chroniques, certains faits qui autoriseront à penser qu'ils ont déjà eu une attaque semblable qui a passé inaperçue, étant donné la faible acuité des symptômes.

2°) Que l'étiologie et la pathogénie de cette affection est encore obscure, étant donné le peu d'autopsies que l'on a pu pratiquer.

3°) Que cette forme est essentiellement bénigne, quant au résultat éloigné, et que la mortalité est nulle.

En résumé, nous pourrions porter un pronostic favorable lorsque l'affection se présentera avec l'aspect clinique suivant :

Apparition chez un sujet sain.

Persistance très longue du pneumothorax à l'état pur, conservation d'un bon état général, malgré un pneumothorax important.

Siège de préférence à gauche.

Symptomatologie fruste.

Absence de tuberculose chez le sujet ou dans ses antécédents.

A un malade, porteur de ces signes au complet, ou de quelques-uns des principaux seulement, nous pourrons annoncer que son affection guérira spontanément au bout de quelques semaines, cinq ou six le plus souvent, sans intervention, autre qu'une médication symptomatique ayant surtout pour but de calmer la douleur.

Que vraisemblablement son affection récidivera au bout d'un temps très variable, de quelques mois à plusieurs années.

Que le nombre des récidives sera en général peu important et qu'à chacun des accidents suivants, les signes physiques et fonctionnels seront moins accusés et la guérison plus rapide.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Le Président de la Thèse,
A. CLERC.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. V.-N. AKKERMAN. — Bilatéral spontaneous pneumothorax of non tuberculous origin. (*Klin. Med.*, N° 5, 9-255-259, 1931).
2. C.-E. BATES. — Bilatéral spontaneous pneumothorax. (*U. S. V. et Bur. M. Bull.* 7 : 602-603. June 1931).
3. M. BUSENTHAL et SNYDER. — Non tuberculous spontaneous pneumothorax. *Illinois M. J.*, 61-68. Janv. 1932).
4. M. BRULÉ, R. HUGUENIN, P. HILLEMAND et E. GILBRIN. — Pneumothorax spontané au cours d'une pneumoconiose sans tuberculose anatomiquement décelable. (*Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 3 avril 1933, N° 11).
5. N.-A. BUZNI. — Case of pneumopericardium in bilateral spontaneous pneumothorax due to different causes. (*Russ K. Klin.* 13, 404-409, 1930).
6. A.-D. CETRANGOLO et R. DAL RAGO. — Neumotorax espontaneo persistente. (*Rev. soc. de med. int. y soc. de fisiol.* 7 : 371-376. June, July 1931).
7. CETRANGOLO et FERRARI. — Pneumothorax bilatéral simple spontané, récidivant. (*La Sema medical*, 22 oct. 1931).
8. V. CORDIER. — Sur le pneumothorax spontané non tuberculeux et en particulier sa forme récidivante. (*Soc. méd. hôp. de Lyon*, 15 janv. 1934, in *Presse Medic.*, N° 11, 6 février 1935).
9. DE ELIZALDE PEDRO. — Pionemothorax post neumonico en uninos de dos anos. (*Com. soc. pediatr.*, 24 sept. 1929).
10. ROLAND DES MEULES. — Pneumothorax spontané masqué à son début par une réaction d'apparence péricardique. (*Journ. méd. Paris*, N° 50, 13 déc. 1934).

11. ROLAND DESMEULES. — Pneumothorax spontané masqué à son début par une réaction d'apparence péricardique. (*Bull. soc. méd. des Hôp. Universitaires de Québec*, N° 9, sept. 1934).
12. DUPREZ C. — Pneumothorax spontané bilatéral récidivant. (*Scalpel* 85 : 678-679, June 1932).
13. E.-R. EDSSEN. — Spontaneous pneumothorax. (*M. Bull. vét. Admin.* 8 : 156-160, Fév. 1932).
14. H.-M. FINE. — Spontaneous bilateral pneumothorax without pulmonary tuberculosis. (*M. Bull. et adminis.* 7 : 769-771, aug. 1931).
15. B. FORNET. — Rezidivierender spontan pneumothorax bei Bronchia. (*Monatschr. med* 3 : 114-118, 1929).
16. FREY. — Un cas d'Hémopneumothorax spontané.
17. Maurice GAUTHERON. — Le pneumothorax spontané chronique. (*Thèse Lyon*, 1935, éd. Bosc et Riou, 42, Quai Gailleton, Lyon).
18. A. GROHAM BRYCE. — Chronic bilateral spontaneous pneumothorax. (*But H. J.* 1 : 714, 21 avril 1934).
19. LÉON GRUNEWALD. — Pneumothorax spontané bilatéral. (*Strasbourg medic.*, N° 22, 5 août 1933).
20. HAUTEFEUILLE. — A propos du pneumothorax spontané. (*La Gaz. Médic. de Picardie*, N° 134, février 1935).
21. HAYAT. — Pneumothorax par effraction en dehors de la tuberculose. (*La Tunisie Médicale*, juillet, août 1932).
22. E. HARVADA. — Pneumothorax espontáneo. (*Arch. de Méd. cir. y esjECIAL* 34 : 857, sept. 12, 1931).
23. P. HILLEMANT, E. GILBRIN et J. PARFUS. — Un cas de pneumothorax spontané idiopathique guéri et récidivant au bout de six ans. (*Bull. et mem. soc. méd. des Hôp. de Paris*, N° 28, 12 nov. 1934).
24. P. HILLEMANT et GILBRIN. — Le pneumothorax spontané né idiopathique bénin récidivant (*Rev. de méd. Paris*, 52-59, Feb. 1935).
25. C.-H. HOLMES. — Spontaneous Pneumothorax (*J. M. D. Georgia*, 21 : 143-146, Avril 1932).
26. KRASSO. — Pneumothorax spontané (*Wiener Klinische Woch.*, n° 35, 1/9/33).

27. Daniel LABISSE. — Le pneumothorax au cours de pneumopathies aiguës chez l'adulte. (*Thèse Lille*, 1934, 1^{er} mai)
28. J.-G. LAMONT. — Bilatéral spontaneous pneumothorax report of Case. (*Minnesota med.* 14 : 80-82, janvier 1931).
29. LEWIS. — Pneumothorax spontané bilatéral chronique. (*The British Med. Journ.*, N° 3.799, 28/10/1933).
30. W.-H. LONG et R.-B. BRAY. — Spontaneous pneumothorax. (*Minnetosa med.*, 15 : 234-237. April 1932).
31. N.-S. MAC DONALS. — Spontaneous recurrent pneumothorax. (*U. S. U. et Bur y. Bull.*, 7 : 604-605. June 1931).
32. B. Mc MAHON. — Pneumothorax bilatéral spontané. (*The american Journal of the Med. sciences*, tome CLXXXIII, N° 5. Mai 1932). *Press. Méd.*, N° 76, sent. 32.
33. MARIANO R., CASTEX et EGIDIO, S. MAZZEI. — Neumothorax espontaneo benigno por ruptura de burbujas subpleurale (*La Preusa Medica, Argentina*, 21 de Agosto, 1935).
34. L. MANDEL. — Recurrent spontaneous pneumothorax. (*Orvasihetih*, 74 : 562-363. June 14-1930).
35. G. MARLAUD. — Pneumothorax total gauche, accident de chasse avec présentation de cliché. (*Bull. et mem. de soc. de radiologie méd. de France*, XX°, N° 200. Juin 1933).
36. MARIANO R., CASTEX et EGIDIO S. MAZZEI. — El hemo pneumothorax espontaneo. (*La Preusa medical argentina*, 15 de may o 1935).
37. E.-B. MILLER. — Successive bilateral spontaneous pneumothorax of indeterminable origin. (*W. S. Vet. Bur. M. Bull.*, 6 : 802-804. Sept. 1930).
38. J. MINET et E. HOUCKE. — Le pneumothorax spontané au cours des pneumopathies aiguës de l'adulte. (*Arch. Méd. chir. de l'app. respiratoire*, N° 6, 1934).
39. E. NALIN. — Considerazioni su due casi ni pneumothoraxe bilateral simultaneo. (*Gior. med. del l'Alto Adige*, 3 : 30-39. Janv. 1931).

40. W.-R. OECHSLI et S.-H. MILES. — Simultaneous bilateral spontaneous review of litterature and report of recurrent case due sa congenital cysts of lung. (*Am. Rev. Tuberc.*, 30 : 239-255. Sept. 34).
41. RAMON PARDAL et EGIDIO S. MAZZEI. — Le pneumothorax spontané bénin. (*Paris Médical*, n° 22. déc. 1934).
42. RAMON PARDAL et EGIDIO S. MAZZEI. — Le pneumothorax spontané bénin par rupture de formations bulleuses ampullaires sous-pleurales. (*Arch. Argent de enferm. del aparato respi*, T. I, n° 9. Déc. 1933. *Presse Médicale*, N° 86, 27/10/1934).
43. A.-A. RAIMONDI et J. GALLO. — Neumothorax espantanco benigno recidivante. (*Arch. de phtisiol*, 10 : 226-231. July.-Sept. 1934).
44. H. SEBLY. — Case of recurring spontaneous pneumothorax with acute pressure symptôms. (*Lancet*, I : 238. Janv. 30-1932).
45. I. de SOUZA a LOPEZ. — Caso rarissimo de pneumothorax espontaneo recidivante e despues bilateral. (*Folka med.*, 12 :277, 25 août 1931).
46. S. STOICHITZA et G. DINISCHIOTU. — La pressure intra pleurale dans le pneumothorax spontané. (*Arch. méd. chir. de l'app. respiratoire*, 6 : 317-344, 1931).
47. A. DE WERBEZIER. — Une curieuse observation de pneumothorax spontané à répétition (pneumothorax dit idiopathique bénin. (*Bull. et mémoire de la sol. méd. des Hôp. de Paris*, LVIII, p. 1684, 23 nov. 1934).
48. F.-E. DE WITT. — Artificiel pneumothorax with recurrent spontaneous pneumothorax. (*H. Bulle V et admin.*, 9 : 319-321. Janv. 1933).
49. WOLL. — Pneumothorax spontané sans cause connue. (*Deutsche med Woch*, n° 38, 22/9/33).
50. H.-G. WOOD. — Bilateral spontaneous pneumothorax report of case. (*Minnesota med.*, 14 : 550-550. June 31).

